

問診表(女性用)

— 久しぶりにご来院の方用 —

年 月 日初診 (記入しないで下さい)

婦人科・泌尿器科

カルテNo. (記入しないで下さい)

加藤レディスクリニック

ふりがな

お名前 生年月日(西暦) 年 月 日 年齢 歳

身長()cm 体重()kg 血液型[A・B・O・AB] Rh型[+・-・不明]

I. ご来院の目的をご記入ください

- 採卵希望
 凍結胚移植希望 凍結保存胚()個・よくわからない

II. 月経についてお尋ねします

- ① 最終月経を教えてください(現在生理中の方もご記入ください)
 西暦()年()月()日から()日間 本日は月経()日目
 ② 月経周期はどのくらいで、何日間くらい続きますか? ()日～()日 / ()日間

III. 当院での治療による妊娠、分娩歴があればご記入ください

(西暦)年/月/日 週数	妊娠経過		あなたの合併症	赤ちゃんに病気がある 場合はその病名
/ / ()週()日	生産	経膈・帝切 性別[男・女] 出生体重()g		
/ / ()週()日	死産	経膈・帝切 性別[男・女] 出生体重()g		
/ / ()週()日	流産	自然排出・流産手術		
		自然流産・人工中絶		
/ / ()週()日	子宮外妊娠			

- ① いつまで授乳していましたか?(夜だけなども含め) ()年()月()日・現在も
 ② 月経はいつから再開しましたか? ()年()月()日
 ③ 今回の当院受診再開までに妊娠したことがありましたか? はい・いいえ
 はいと答えた方 ()年()月()週()日 分娩[生産・死産]・流産・子宮外妊娠
 ()年()月()週()日 分娩[生産・死産]・流産・子宮外妊娠

IV. 当院通院後に他院で受けたことがあれば教えてください

- ① 直前周期に何か不妊治療を行いましたか? はい[hCGの使用: あり・なし]・いいえ
 ② 当院に通院をし始めた後に他院で行った治療があればご記入ください
 タイミング法 ()回 最終施行日()年()月()日
 人工授精 ()回 最終施行日()年()月()日
 体外受精 ()回 最終施行日()年()月()日

※次の表に例を参考に治療歴をご記入ください

	(西暦) 年 月 日	施設名	周期	卵巣刺激法 [hCG 使用]	採卵 数	受精 胚数	移植 胚数	凍結 胚数	妊娠
例	2018/3/12	〇〇クリニック	採卵[ふりかけ・顕微] 移植[新鮮・凍結]	ロング法 [あり・なし]	3	2	分割胚(1) 胚盤胞()	分割胚() 胚盤胞(1)	あり なし
例	2018/5/20	△△病院	採卵[ふりかけ・顕微] 移植[新鮮・凍結]	— [あり・なし]	—	—	分割胚() 胚盤胞()	分割胚() 胚盤胞()	あり なし
1			採卵[ふりかけ・顕微] 移植[新鮮・凍結]	[あり・なし]			分割胚() 胚盤胞()	分割胚() 胚盤胞()	あり なし
2			採卵[ふりかけ・顕微] 移植[新鮮・凍結]	[あり・なし]			分割胚() 胚盤胞()	分割胚() 胚盤胞()	あり なし
3			採卵[ふりかけ・顕微] 移植[新鮮・凍結]	[あり・なし]			分割胚() 胚盤胞()	分割胚() 胚盤胞()	あり なし
4			採卵[ふりかけ・顕微] 移植[新鮮・凍結]	[あり・なし]			分割胚() 胚盤胞()	分割胚() 胚盤胞()	あり なし
5			採卵[ふりかけ・顕微] 移植[新鮮・凍結]	[あり・なし]			分割胚() 胚盤胞()	分割胚() 胚盤胞()	あり なし

- ③ 不育症検査を受けたことがありますか？ はい(受けた病院名：)・いいえ
はいと答えた方 → 検査結果 [異常無し・経過観察中・治療中・結果未確認]
内服指示のある薬があればご記入ください ()
- ④ ご夫婦の染色体検査を受けたことがありますか？
妻： はい(結果)・いいえ
夫： はい(結果)・いいえ

V. あなたの病気や手術についてお尋ねします (婦人科疾患だけでなく、それ以外の病気についても記入してください)

- ① 当院通院後に治療した疾患にチェックを入れ、下記の表に詳細をご記入ください
- 深部静脈血栓症 肺塞栓症 抗リン脂質抗体症候群 脳血管障害 冠動脈疾患 乳がん
妊娠ヘルペス 耳硬化症
心臓弁膜症 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常(高脂血症) 胆嚢疾患 片頭痛(診断済)*
子宮頸がん 子宮体がん ポルフィリン症 肝機能障害 てんかん テタニー
クローン病 潰瘍性大腸炎 緑内障** 喘息*** 甲状腺疾患 腎機能障害 膠原病
全身性エリテマトーデス 胃・十二指腸潰瘍 その他 ()

病名	年齢	通院時期	治療/手術内容の詳細	現在の状況
通院病院名 ()		年 月		完治・経過観察中 通院中・自己中断
通院病院名 ()		年 月		完治・経過観察中 通院中・自己中断
通院病院名 ()		年 月		完治・経過観察中 通院中・自己中断

*片頭痛(診断済)のある方

頭痛の前に目がチカチカする、ギザギザした光が見える(閃輝暗点)等の前兆はありますか？ はい・いいえ

**緑内障のある方

医師よりアレルギー剤や風邪薬などの使用を控えるように言われたことがありますか？ はい・いいえ

***喘息のある方

医師より解熱鎮痛剤の使用を控えるように言われたことがありますか？ はい・いいえ

- ② 現在使用している薬がありますか？ はい(薬剤名：)・いいえ
- ③ これまでに薬や注射で副作用が出たことがありますか？ はい(下記もご記入ください)・いいえ
薬剤名と症状 ()
- ④ アレルギーや既往により使用できないものがありますか？ はい(下記もご記入ください)・いいえ
ピル イソジン アルコール綿 ラテックス その他()

- ⑤ 輸血や血液製剤の投与を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- ⑥ B型肝炎、C型肝炎の検査で陽性になったことがありますか？ はい [B型・C型] ・いいえ
はいと答えた方 → 現在、治療や経過観察されていますか？ はい・いいえ
- ⑦ 子宮頸がんの検査を1年以内に受けましたか？ はい (年 月) ・いいえ
はいと答えた方 → 検査結果 [異常無し・経過観察中・結果未確認]
いいえと答えた方 → 検査を受ける予定がありますか？ はい (年 月) ・いいえ
- ⑧ 風疹の抗体検査をしたことがありますか？ はい・いいえ・わからない
- ⑨ 風疹のワクチンを接種したことがありますか？ はい (年 月 歳時) ・いいえ・わからない

VI. ご家族についてお尋ねします

- ① ご主人について
 - 1. 過去もしくは現在、治療している病気がありますか？ はい (下記もご記入ください) ・いいえ
 遺伝性の病気 () 高血圧 糖尿病 がん 白血病 その他 ()
 - 2. 継続して内服している薬がありますか？ はい (薬名) ・いいえ
- ② ご家族の中に特別な病気の方がいますか？ はい (誰が) ・いいえ
 遺伝性の病気 () 高血圧 糖尿病 血栓症
 乳がん それ以外のがん その他 ()

VII. その他

- ① 葉酸のサプリメントを内服していますか？ はい (商品名) ・いいえ
- ② 葉酸以外のサプリメントや栄養補助食品を摂取していますか？ はい (商品名) ・いいえ
- ③ 喫煙の習慣がありますか？ はい (本/日) ・いいえ・以前吸っていた (年前まで)
- ④ 採血で気分が悪くなることがありますか？ いいえ・はい
- ⑤ その他、気になることや伝えておきたいことがあればご記入ください

ご記入ありがとうございます。

お名前 _____

カルテNo. _____ (記入しないで下さい)